

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

8° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER



Le attività per la demenza
grave: mission impossible?

Manni Barbara, Fabbo Andrea

Pistoia 16-17 Giugno

Demenza avanzata: risoluzioni impossibili

Ormai non mi riconosce più, non è più come l'ho conosciuto: per me è come fosse morto...

Dottoressa, ma ora che le ha tolto il farmaco, non le da più niente?

Ma perchè andare avanti: tanto ormai non capisce più niente?



Lascia perdere... tanto non è più in grado di far nulla!

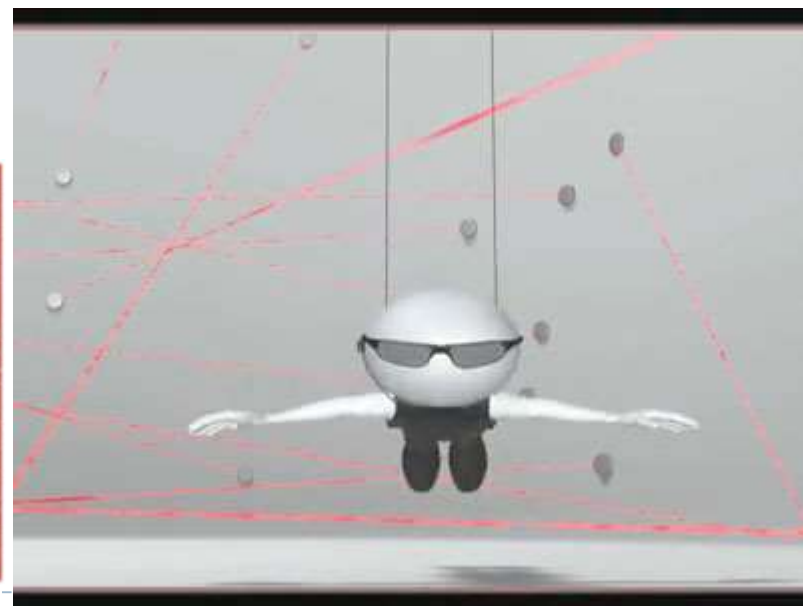


Demenze avanzate: la teoria del carciofo



Le incognite nella demenza avanzata...

1. Cosa si intende per demenza avanzata? Quali deficit cognitivi e a che livello condizionano le autonomie di vita?
2. Cosa rimane nella demenza avanzata? Provano emozioni?
3. Ci possono essere disturbi del comportamento?
4. Sono utili i farmaci?
5. Quali interventi psicosociali risultano più efficaci per migliorare il benessere nella demenza grave?



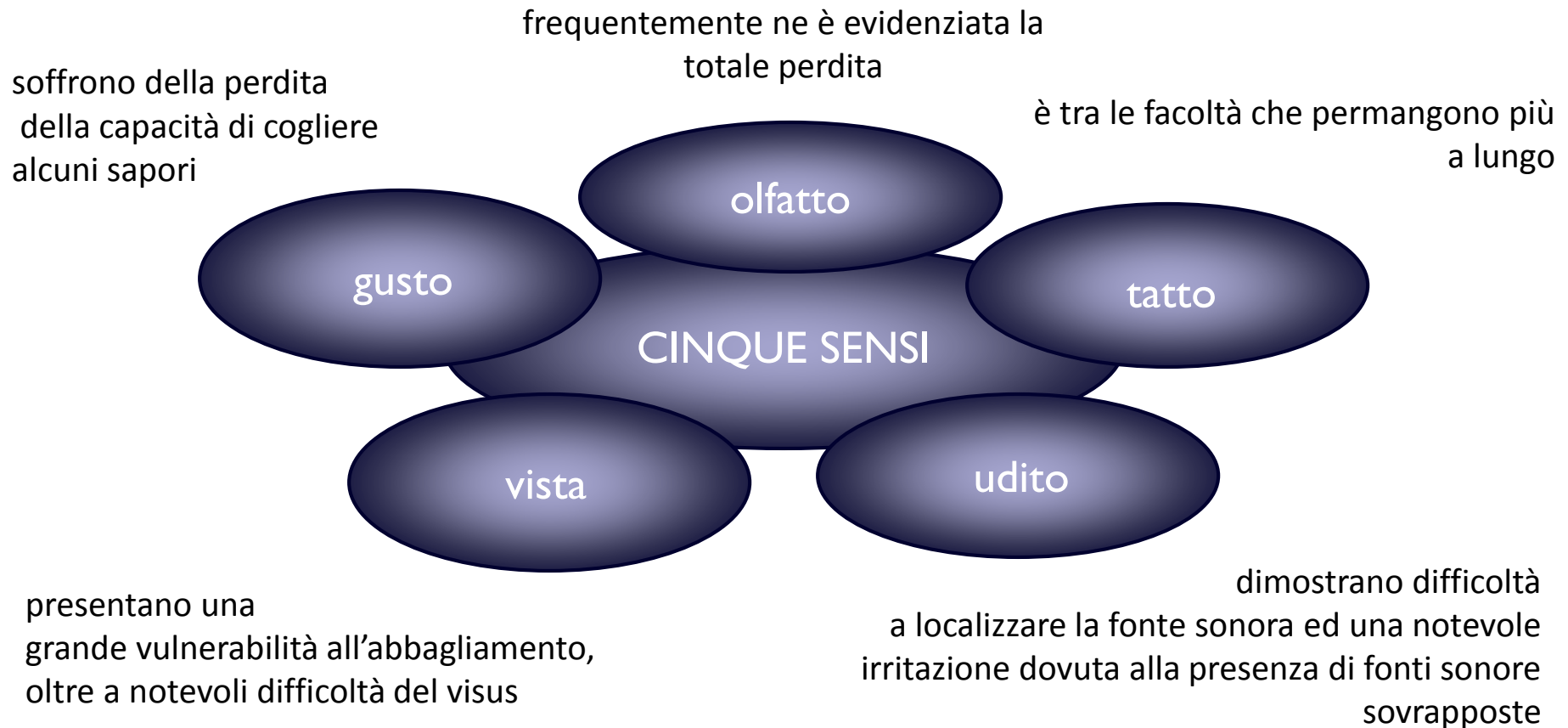
Cosa si intende per demenza avanzata

DEMENZA SEVERA

- ▶ **CDR 3:** grave perdita della memoria e dell'orientamento, linguaggio incomprensibile, difficoltà a comprendere, incapacità di problem solving, nessuna funzione domestica conservata e richiede molta assistenza
- ▶ **CDR 4:** grave deficit del linguaggio e comprensione, non riconosce i familiari, non è più in grado di deambulare, totale dipendenza
- ▶ **FAST 7a-c:** capacità di eloquio limitata a una decina di parole, difficoltà a deambulare, totale dipendenza

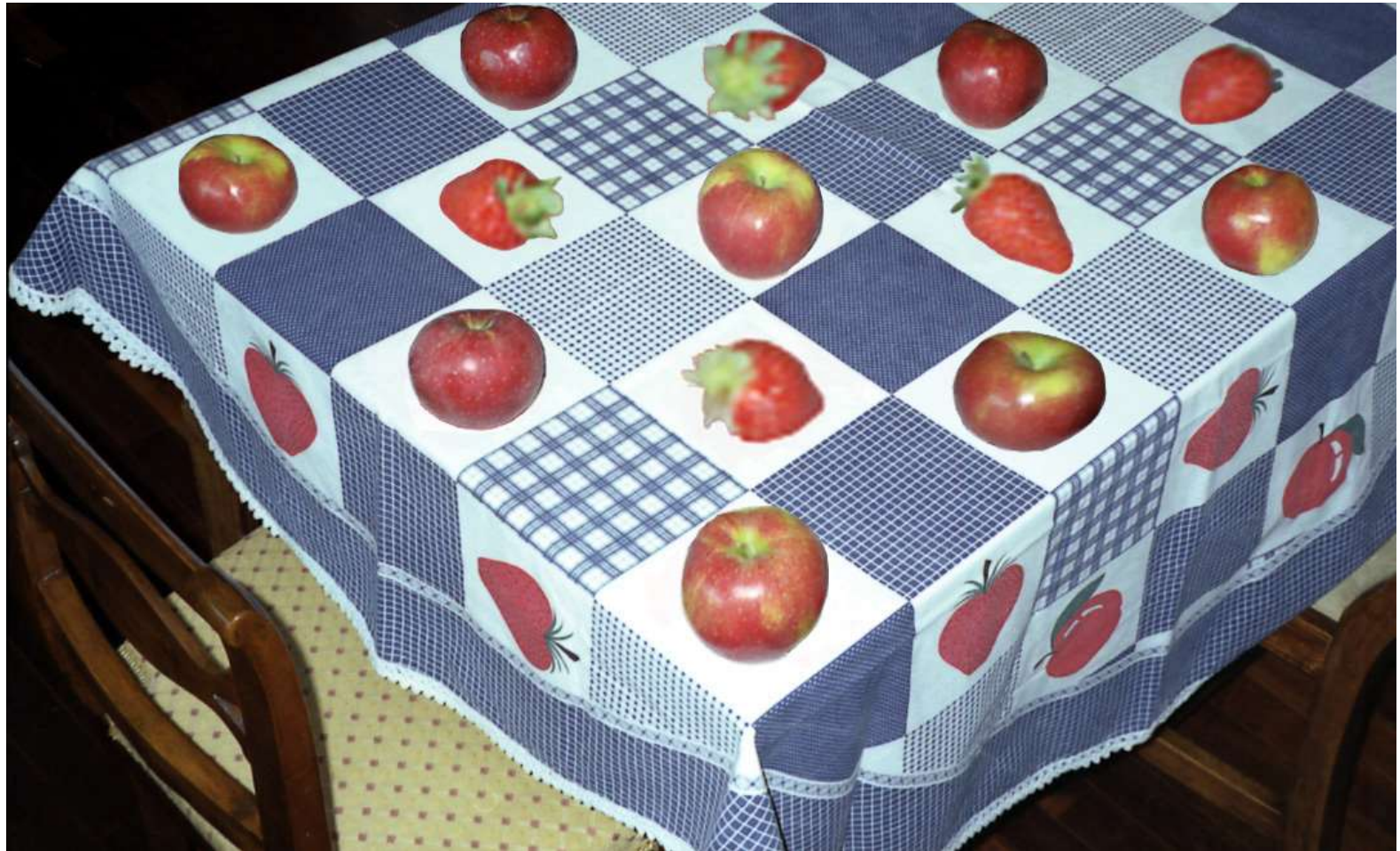


Cosa rimane nella persona con demenza severa?



La demenza compromette sensibilmente in diverse maniere e a vari livelli la capacità di acquisire dati; difficoltà del cervello ad elaborare le informazioni che provengono dalla periferia attraverso i canali sensoriali

- DIFFICOLTA' NEL DARE CORRETTA INTERPRETAZIONE ALLA TERZA DIMENSIONE
- DIFFICOLTA' NEL VEDERE CIO' CHE E' BIANCO O SEMITRASPARENTE
- DIFFICOLTA' NEL DISTINGUERE UN OGGETTO DALLO SFONDO
- AGNOSIA
- PROSOPAGNOSIA
- DISORIENTAMENTO SPAZIALE



“...non puoi costruire in base all’esperienza...”



“...la malattia è come una piovra che ti ruba i pezzi a poco a poco...”



“...la cosa più paurosa penso sia che non ho alcun senso del tempo...”

Le incognite nella demenza avanzata ...

1. Cosa si intende per demenza avanzata? Quali deficit cognitivi e a che livello condizionano le autonomie di vita?
2. **Cosa rimane nella demenza avanzata? Provano emozioni?**
3. Ci possono essere disturbi del comportamento?
4. Sono utili i farmaci?
5. Quali interventi psicosociali risultano più efficaci per migliorare il benessere nella demenza grave?



Come percepiscono le emozioni?

- ✓ Il riconoscimento delle emozioni attraverso le espressioni del viso, la voce e i movimenti è importante per le relazioni sociali e la comunicazione
- ✓ Nella demenza lieve (MMSE $\pm 22.07 \pm 4.19$) e demenza moderato-severa (MMSE 13.96 ± 5.17) rispetto a controlli sani vi è una ridotta capacità di riconoscere e denominare le emozioni: in particolare per le emozioni negative (tristezza, rabbia, paura, sorpresa).
- ✓ Rimane intatta la capacità di riconoscere la gioia e il disgusto se viene espresso con elevata intensità
- ✓ Il deficit cognitivo e le funzioni esecutive correlano con le capacità di riconoscimento delle emozioni. Nella demenza grave è compromessa anche la capacità di discriminarle. Non dipende dal sesso, ma piuttosto dall'intensità dello stimolo proposto,
- ✓ Anche negli stadi avanzati di demenza vi è una risposta congrua allo stimolo
- ✓ Il riconoscimento delle emozioni correla con la qualità di vita.



Le incognite nella demenza avanzata...

1. Cosa si intende per demenza avanzata? Quali deficit cognitivi e a che livello condizionano le autonomie di vita?
2. Cosa rimane nella demenza avanzata? Provano emozioni?
3. Ci possono essere disturbi del comportamento?
4. **Sono utili i farmaci?**
5. Quali interventi psicosociali risultano più efficaci per migliorare il benessere nella demenza grave?



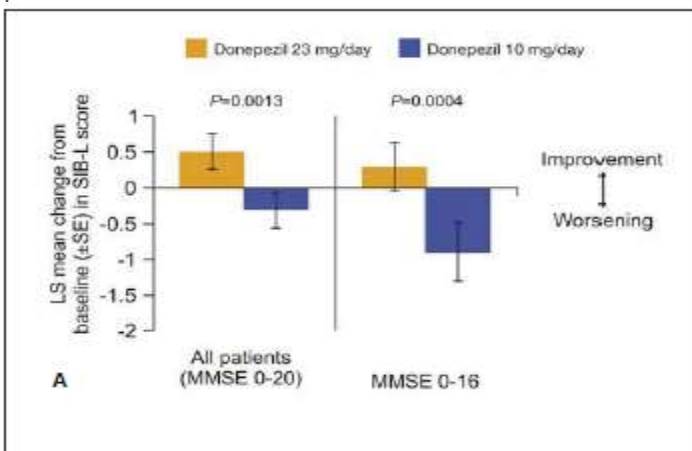
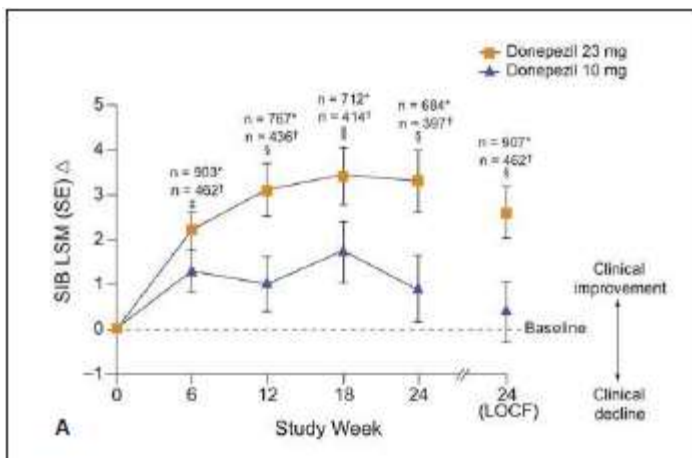
A fixed-dose combination of memantine extended-release and donepezil in the treatment of moderate-to-severe Alzheimer's disease

- ✓ Review su 4 RCT approvato da US Food and Drugs Administration
- ✓ La combinazione di **Donepezil 10mg/Memantina ER 28mg** a 24 settimane in 677 demenza severa (MMSE mean 10.8) porta a un miglioramento significativo cognitivo (SIB) e comportamentale (NPI) ma non funzionale(ADCS-ADL-19)
- ✓ **Donepezil e Memantina 20mg** a 52 settimane in 295 pz con demenza severa (MMSE mean 9) miglioramento comportamentale (NPI) ma non cognitivo (sMMSE) e funzionale (BADLS)
- ✓ Studio su 382 anziani real-life setting la combinazione vs ACHEI in monosomministrazione a 30 mesi ha migliorato le abilità cognitive (blessed Dementia Scale) e funzionali (ADL).A 60 mesi (studio su 943 AD) un minor rischio di istituzionalizzazione



Review Article

Clinical Recommendations for the Use of Donepezil 23 mg in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease in the Asia-Pacific Region



- ✓ Pazienti con demenza moderato-severa (MMSE 0-16) in 24 settimane (Review di 326 studi fino al 2015)
- ✓ Miglioramento cognitivo alla scala SIB in particolare del linguaggio
- ✓ Ritarda l'istituzionalizzazione nei 12 mesi successivi
- ✓ Eventi avversi gastrointestinali frequente causa di drop out nel primo mese di somministrazione (74 vs 64%) rispetto al dosaggio di 10mg

Le incognite nella demenza avanzata...

1. Cosa si intende per demenza avanzata? Quali deficit cognitivi e a che livello condizionano le autonomie di vita?
2. Cosa rimane nella demenza avanzata? Provano emozioni?
3. **Ci possono essere disturbi del comportamento?**
4. Quali interventi psicosociali risultano più efficaci per migliorare il benessere nella demenza grave?



BPSD nelle forme avanzate di demenza

Syndrome	Symptom	Frequency range (%)			Overall range (%)	High frequency according to the type of dementia
		Light	Moderate	Severe		
Psychosis						more common in ↑DLB > ALZ-D
	Hallucinations	15	36	82	17-24	
	Delusions	58	72	47	33-40	
Depression		62	60	37	54-64	more common in vascular dementia and early ALZ-D↑
	Anxiety	69	66	58	22-35	
Apathy					33-63	all forms of dementia, FTLD↑
	Social withdrawal				21-88	
Aggression		54	66	66	24-34	
	Resistance				27-65	
	Verbal				11-61	FTLD↑
	Physical				0-46	FTLD↑
Agitation		73	94	?	38-64	
	Walking Aimlessly				0-50	
	Pacing				26-48	
	Restlessness				22-27	
	Sleep problems	35	55	40	0-47	



REVIEW



An update on the advancements in the treatment of agitation in Alzheimer’s disease

Anton P. Porsteinsson^a and Inga M. Antonsdottir^b

Table 1. Clinical trials investigating novel pharmacological treatments for management of agitation in Alzheimer’s Disease.

ClinicalTrials.gov identifier	Drug(s)	Mechanism of action	Phase	Study type	Study design	Outcomes used for evaluation	Dose regimen
NCT01584440	Dextromethorphan/quinidine (DM/Q)	Modulates glutamate, monoamine, sigma-1, and nicotinic receptors	2	Interventional	Randomized, double-blind, placebo-controlled, 2-stage with consecutive 5-week treatment periods, sequential parallel comparison	NPI agitation/aggression domain was the primary outcome, secondary outcomes were NPI total, ADCS-ADL, CSI, CSDD, PGI-C, ADCS-CGIC, QoL-AD, and concomitant use of psychotropic drugs	DM/Q 30/10 mg or matching placebo twice daily
NCT02446132	Deuterated dextromethorphan/quinidine (d6DM/Q)						4.9 mg placebo
NCT00568776	Scyllo-inositol						inositol 50 mg or placebo daily for 8 weeks
NCT01922258	Brexipiprazole						0.5 to 2 mg daily for efficacy and safety
NCT01862640	Brexipiprazole						2 mg daily
NCT00161473	Prazosin						1 mg flexibly daily
NCT01126099	Prazosin						1 mg or 2 mg twice daily for 8 weeks
	Dronabinol						
	Medical cannabis oil	CB1 and CB2 receptor agonist	2	Open-label study	11 patients with AD and associated behavioral and psychological symptoms of dementia were treated over 4 weeks.	CGI-S, NPI, caregiver distress.	Up to 7.5 mg twice daily
NCT01608217	delta-THC in a tablet	CB1 and CB2 receptor agonist	2	Interventional	3-week randomized, double-blind, parallel group study	NPI was primary outcome measure, other outcomes include ADCS-CGIC, CMAI, pain scales, and QoL-AD	delta-THC 1.5 mg (tablet) three times daily.
NCT02351882	Nabilone	CB1 and CB2	2	Interventional	14-week, randomized, double-blind, parallel-group clinical trial	CMAI and benefit for pain, weight, and other behavioral	6 weeks of nabilone 1 mg twice daily
NCT00898807	Citalopram	SSRI	N/A	Interventional	9-week multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel-group clinical trial	NBRS-A, mADCS-CGIC were primary, NPI agitation subscale, CMAI, ADCS-CGIC, concomitant psychotropics, MMSE, safety, and tolerability.	Citalopram 30 mg daily or placebo
NCT02992132	Pimavanserin	5-HT _{2A} inverse agonist	2	Interventional	12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study	CMAI is primary outcome, secondary outcomes not provided.	Once-daily oral dose of 34 mg, 20 mg, or placebo

Gli interventi farmacologici sull’agitazione e BPSD nella demenza di Alzheimer risultano talvolta **inefficaci** per l’enorme eterogeneità delle concause scatenanti, **spesso poco tollerati e con eventi avversi pericolosi**. Per questo motivo occorre affrontare il problema con interventi psicosociali. Una metanalisi dei vari interventi psicosociali ha trovato che una formazione specifica dello staff e del caregiver sulla gestione dei BPSD ha risultati più a lungo termine rispetto alla musicoterapia e alla stimolazione multisensoriale

Le incognite nella demenza avanzata...

1. Cosa si intende per demenza avanzata? Quali deficit cognitivi e a che livello condizionano le autonomie di vita?
2. Cosa rimane nella demenza avanzata? Provano emozioni?
3. Ci possono essere disturbi del comportamento?
4. Sono utili i farmaci?
5. Quali interventi psicosociali risultano più efficaci per migliorare il benessere nella demenza grave?



Migliorare il benessere e la qualità di vita è possibile anche nella demenza avanzata?



la piramide dei bisogni di Maslow (1954)

di sé

one: attività

za

sione,

di un gruppo

ccamento,legami

Comfort

Well-being in persone con demenza avanzata: modelli d'ispirazione

1. Interpretazione del disturbo del comportamento:
Modello ABC :*Antecedent-Behaviour-Consequence*
1938
2. Identità : Modello PPC :*Person Centred Care Kitwood*
1997
3. Ambiente: *Competence-Environmental Press Model*
Lawton 1973
4. Adeguamento degli stimoli: *Progressively lowered stress threshold Hall GR, Buckwalter KC* 1987



Interventi psicosociali

1. Interventi di stimolazione cognitiva e terapia occupazionale

2. Interventi psicosociali per i disturbi mentali
Sono tutti applicabili anche nelle forme avanzate di demenza?

3. Interventi per i disturbi psicologici per i caregiver

4. Interventi di inclusione sociale e socializzazione

Well-being in persone con demenza avanzata: modelli d'ispirazione

1. Interpretazione del disturbo del comportamento:
Modello ABC :*Antecedent-Behaviour-Consequence*
1938
2. **Identità : Modello PPC** :*Person Centred Care Kitwood*
1997
3. Ambiente: *Competence-Environmental Press Model*
Lawton 1973
4. Adeguatezza degli stimoli: *Progressively lowered stress threshold* Hall GR, Buckwalter KC 1987



Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis

ANALISI PER DEMENZA SEVERE (MMSE < 10) IN NH

EFFETTI PCC	AGITAZIONE	BPSD (NPI)	QoL	DEPRESSIONE
Breve termine vs lungo termine	Migliora soprattutto a breve termine, effetti fino a 6 settimane	Fino a 6 mesi	Migliora a lungo termine (solo MMSE > 10)	Riduce la severità della depressione fino a 3 mesi (solo MMSE > 10)
Attività individuali vs staff training	Attività individuali	-	Attività individuali	-
Poche persone vs gruppi	Poche persone	-	-	-

ANALISI QUALITATIVA

Punti di forza:

- Migliora la **comunicazione** con la persona affetta da demenza: contatto visivo, il tocco, i contenuti emotivi del dialogo e il significato della comunicazione
- Aumenta l'**empatia** con la persona, aiuta a comprenderla quindi a individualizzare un progetto personalizzato, favorisce la comunicazione con i famigliari e la visione del loro punto di vista
- Migliora la **buona pratica dello staff**: il feedback della supervisione da l'opportunità di considerare reazioni differenti nelle diverse situazioni da parte degli operatori

Barriere:

1. **FATTORI INDIVIDUALI**: gli operatori mostrano dubbi sulle proprie abilità e capacità di apprendere nuove tecniche tramite una formazione (soprattutto se temono un aumento del lavoro). Ciò è legato alla scolarità e all'esperienza di lavorare in equipe. Per tale motivo è utile un "facilitatore" che dia un feedback sugli effetti positivi del cambiamento, e l'accesso a materiale di consultazione

2. **SOCIALI E DITEAM**: mancanza di cooperazione, assenza di un leader e difficoltà di accettare ordini dall'alto. Ciò si può ovviare con un supervisore post training che dia supporto al problem-solving o incontri di audit

3. **FATTORI ORGANIZZATIVI**: la mancanza di tempo, la richiesta di un cambio organizzativo, l'elevato turn over dello staff. E' importante quindi costruire i nuovi interventi all'interno della routine redistribuendo le forze già in corso

ANALISI QUANTITATIVA

Intervento formativo	Effetti sui pazienti a breve termine	Effetti sui pazienti a lungo termine	Effetti su staff
DCM/PCC	riduzione dell'agitazione	-	Riduzione dello stress da esaurimento emotivo DCM>PCC
Group training con supervisione aggiunta	Riduzione dell'aggressività fisica	Riduzione aggressività verbale e depressione	
Group training senza supervisione aggiunta	Riduzione dell'uso di contenzioni	-	-

BMJ Open Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series

I. STIMOLAZIONI MULTISENSORIALI

Shiatsu e agopuntura	IRCT. Riduzione dell'agitazione, aggressività e sintomi fisicamente non aggressivi	😊
Aromaterapia : olio di lavanda, melissa e limone Massaggio	Riduzione agitazione. Miglioramento del wandering, comportamenti agitati fisici e verbali (bias selezione)	😊
Light terapia	Dati troppo eterogenei e insufficienti per essere clinicamente rilevanti	😞
Giardino sensoriale e ortoterapia	Riduzione non significativa dei disturbi agitati e aggressivi. 2RCT con evidenze contrastanti	😊
Danza terapia	Miglioramento cognitivà. Non differenze rispetto ai controlli	😞
Musicoterapia	Canto, ascolto, ballo. Migliora BPSD,: ansia, agitazione e depressione	😊
Snoezelen	Riduzione dell'agitazione e miglioramento umore a breve termine. Livello moderato di qualità degli studi	😊
TENS stimolazione elettrica transcutanea	2Rev bassa qualità	😞



BMJ Open Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series

2. STIMOLAZIONE COGNITIVA- FORMAZIONE

Stimolazione cognitiva	La maggior parte degli studi conclude che non vi sono evidenze di miglioramento dei BPSD	☹️
Reminiscenza	La maggior parte degli studi con outcome miglioramento dell'umore e dei BPSD non ha mostrato sufficienti evidenze di efficacia	☹️
Validazione	Rev Cochrane conclude con evidenza di riduzione dei BPSD e agitazione	😊
Simulated presence therapy	Poche rev e di scarsa qualità ma dimostrano una riduzione dei BPSD e miglioramento del benessere	😊
Tecniche di gestione dei disturbi del comportamento	Varietà degli interventi di formazione e dei risultati, e bassa qualità degli studi. Quelli con maggior evidenza sono quelli su tecniche di comunicazione e training sul caregiver con supervisione (PCC-DCM) nel ridurre l'agitazione con effetti fino a 3-6 mesi.	😊



BMJ Open Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series

3. INTERVENTI MULTICOMPONENZIALI

Integrated interventions combining psychiatric and nursing home care	Interventi personalizzati tipo psicosociale, farmacologico, medico e infermieristico. Studi di moderata qualità. Poche evidenze	☹️
Combinazione di diversi stimoli ambientali	Ambiente multisensoriale (figure di animali e piante, suoni rilassanti come acqua-cinghietti..) solo RCT. Benefici sull'agitazione	😊
Combinazione di musica e massaggio alle mani	1 sola rev. Benefici sull'agitazione che persistono per 1 ora	😊
Esercizio fisico	2 Rev di moderato-scarso qualità. Diverse tipologie di esercizi (Tai-chi, stretching, camminare..). Risultati contrastanti sull'umore e BPSD	😐
Tecniche di gestione dei disturbi del comportamento	La varietà degli interventi di formazione e dei risultati, la bassa qualità degli studi non portano a conclusioni dimostrate	😐
PET therapy	Efficace nel ridurre i BPSD e migliorare l'interazione sociale. Uno studio con demenza severa (efficacia nella riduzione CMAI) Ma ancora pochi studi	😐
Special Care Unit (Nuclei Alzheimer)	Pochi RCT. Uno studio vede miglioramenti dei BPSD fino a 12 mesi	😊
Dining room environment	Due piccoli studi: ambiente luminoso e contrasto di colore dei tavoli nella sala da pranzo riducono i disturbi agitati e comportamenti inadeguati	😐



- La musica (WFMT, 1996) promuove la comunicazione, la relazione, l'espressione, la mobilizzazione e la socializzazione
- Nella demenza avanzata si perdono tutte le capacità di pensiero, memoria, linguaggio e funzionali ma residuano, se competenti in passato, capacità di riconoscere e suonare canzoni
- In questa Review vi è una analisi di RCT dal 2003 al 2015. (737 studi di cui 16 selezionati)

Outcome principali: Benessere emotivo (qualità di vita), Disturbi dell'umore (ansia e depressione) e Disturbi del comportamento (agitazione e/o aggressività)

Qualità degli studi e rischio di bias: Performance bias (non possono essere studi a doppio ceco sull'intervento, raramente lo sono sugli outcome). Selection Bias (non random) e Reporting Bias



Music-based therapeutic interventions compared to usual care or other activities for people with dementia: end of treatment effects

Outcomes (end of treatment) measured with a variety of scales except for social behaviour	Anticipated absolute effects * (95% CI)	n ^o of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)
	Score with music therapy compared with usual care or other activities		
Emotional well-being including quality of life	The score in the intervention group was 0.32 SDs higher (0.08 lower to 0.71 higher)	181 (6 RCTs)	⊕⊕○○ LOW ¹²
Mood disturbance or negative affect: depression	The score in the intervention group was 0.28 SDs lower (0.48 lower to 0.07 lower)	376 (9 RCTs)	⊕⊕⊕○ MODERATE ¹
Mood disturbance or negative affect: anxiety	The score in the intervention group was 0.50 SDs lower (0.84 lower to 0.16 lower)	365 (11 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ^{13,5}
Behavioural problems: agitation or aggression	The score in the intervention group was 0.08 SDs lower (0.29 lower to 0.14 higher)	515 (12 RCTs)	⊕⊕⊕○ MODERATE ¹
Behavioural problems: overall	The score in the intervention group was 0.20 SDs lower (0.56 lower to 0.17 higher)	209 (6 RCTs)	⊕⊕○○ LOW ¹²
Social behaviour: music vs other activities	The score in the intervention group was 0.54 SDs higher (0.06 higher to 1.02 higher)	70 (3 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW ¹⁴
Cognition	The score in the intervention group was 0.21 SDs higher (0.04 lower to 0.45 higher)	257 (6 RCTs)	⊕⊕○○ LOW ¹²

Efficacia a breve termine	Efficacia lungo termine
☹️	
😊	☹️
☹️	☹️
☹️	☹️
☹️	☹️
☹️	☹️
☹️	😊

*Interpretation of SMD: a difference of < 0.40 standard deviations can be regarded as a small effect, 0.40 to 0.70 a moderate effect, and > 0.70 a large effect.



Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review.

- Migliorano soprattutto i sintomi di ansia e agitazione a breve termine. Non si mantiene a lungo termine
- Miglior efficacia se condotto da musicoterapista in sessioni di 30-45 minuti per 2-3 volte a settimana
- E se si tratta di musico terapia personalizzata e interattiva (ballo, suonare uno strumento, battere le mani, movimento...) rispetto all'ascolto passivo
- Limiti: Campione non selezionato per gravità di malattia



Quali sono i predittori di efficacia degli interventi psicosociali sui BPSD?

- Demenze soprattutto Alzheimer di grado moderato-severo (MMSE 12.8 ± 7.0) e disturbi agitati (CMAI 35.2 ± 6.7 NPI 7.5 ± 8.1)
- IPS per 6 mesi: Miglioramento significativo dei disturbi del comportamento e il burden del caregiver associato. In particolare: l'agitazione, irritabilità, wandering, deliri e depressione. Le funzioni cognitive sono rimaste stabili
- I fattori che influenzano una **buona risposta** agli interventi psicosociali sono: il **livello severo di deficit cognitivo, l'elevata depressione e l'elevato livello di BPSD di base**
- Indipendentemente dal livello cognitivo di base chi fa **uso di antipsicotici e chi ha disturbi di udito** ha **minor probabilità** di buona risposta agli interventi. Anzi, potrebbe peggiorare i BPSD (forse in quanto l'ambiente e i rumori non decifrabili creano stress) Lo stesso non vale per chi ha problemi visivi

Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial

Alba S´ancheza, et AL

- ✓ 22 utenti in NH di **demenza GDS 6-7**
- ✓ Un trattamento multisensoriale “snoezelen” verso trattamento unisensoriale “musicoterapia personalizzata” per 16 settimane
- ✓ Entrambi gli interventi riducono i sintomi agitati (CMAI)
- ✓ **L’ansia** si riduce maggiormente nel trattamento multisensoriale “**snoezelen**” rispetto al trattamento individualizzato di musico terapia
- ✓ il trattamento multisensoriale migliora la **depressione** a breve termine ma non a lungo termine



Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions

- ✓ Review sistematica di RCT dal 1996 al 2015 (400 studi).
- ✓ Diversi tipi di demenza e diversi stadi hanno manifestazioni diverse di BPSD, e diversa risposta agli IPS
- ✓ **Target: demenza di Alzheimer di stadio moderato severo**
- ✓ Pazienti istituzionalizzati
- ✓ Analisi della risposta ai disturbi agitati (CMAI) e ai disturbi del comportamento (NPI)



Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions

studio	MMSE	Terapia	Risultati	
Ancoli-Israel	MMSe = 5.7 ± 5.6	Light therapy 10gg 120min\die (TI= 5gg)	Riduzione agitazione (CMAI)	😊
Burns et al	CDR 3	Aromatherapy 2vv\die 4sett (TI=12sett) vs donepezil e placebo	Nessuna differenza (NPI)	😐
Dowling et al	MMSe = 7.0 ± 7.0	Light therapy 1h\die per 10gg	Peggioramento dell'agitazione dopo trattamento	😞
Hawranik et al	MMSe = 5.5 ± 6.6	Therapeutic touch 30min\die per 5gg	CMAI migliora solo comportamenti fisici non aggressivi	😐
Narme et al	MMSe = 9.6 ± 5.3	Musicoterapia 1h due volte\sett per 4sett (TI a 4sett) vs cucina terapeutica	Miglioramento della severità dell'agitazione solo durante il trattamento (CMAI)	😐
Sakamoto et al	CDR 3	Musicoterapia 30min 1 volte\sett per 4sett (TI a 3sett). 1:musica passiva. 2:ascolto interattivo vs CG	Riduzione dell'aggressività nel gruppo 2. Non si mantiene al TI	😊
Svansdottir et al	GDS =5-7	Musicoterapia 30min 3volte\sett per 6sett (TI a 4sett)	Riduzione dei comportamenti disturbanti (BEHAVEAD)	😊
Teri et	MMSe = 13.0 ± 8.0	Behavioral Management Training vs tp farmacologica 11 sessioni\3sett	Nessun beneficio maggiore sull'agitazione ma minor effetti avversi	😞

CONCLUSIONI

➤ La persona con demenza severa perde tutte le capacità cognitive e comunicative, non riconosce il proprio stato, e percepisce e reagisce a tutto.

➤ I sensi e le

➤ I bisogni r
ansia, agitazione

➤ Ma queste
comportame
miglioramen

➤ L'approcc
breve termir



allucinazioni,

ntomi
ciare di un

pressione a

➤ Tra gli IPS a questo stadio, quelli che risultano più efficaci sono: la **musicoterapia** e l'intervento multisensoriale "**snoezelen**"





How others see you, is not important..
How you see yourself means everything.

▶ **GRAZIE PER L'ATTENZIONE**